110

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1916 — THÈSE — N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Eugène FOLLEY

LE MÉDIASTIN et son CONTENU

AU DÉBUT DE LA

MALADIE DE BASEDOW

Président : M. PIERRE MARIE, *professeur*

PARIS
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, VI

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR PIERRE MARIE

E. Folley

LE

MÉDIASTIN et son CONTENU

AU DÉBUT DE LA

MALADIE DE BASEDOW

Ce travail a pour but de faire connaître et de préciser certaines lésions du système cardio-aortique chez les Basedowiens et de signaler l'hypertrophie fréquente du médiastin supérieur chez ces malades. A notre connaissance il n'y a aucun mémoire mettant en relief la constance et la précocité de la dilatation de la crosse de l'aorte dans la maladie de Basedow ; nous décrirons à ce sujet le *signe de la vague* et le *signe de la bascule*, ce dernier comme caractéristique de la dilatation de la portion originelle de l'aorte.

Nous ne ferons que signaler l'augmentation de volume du médiastin supérieur nous proposant d'y revenir dans un travail prochain.

L'étude de ces symptômes sera faite uniquement au moyen de la *radioscopie*, les autres moyens d'investigation ne donnant aucun renseignement précis.

Dans la deuxième partie de ce travail nous étudierons un signe, qui, à notre connaissance n'a jamais

été décrit, c'est un souffle anormal diastolique qui se produit dans la carotide et uniquement quand le malade est debout. Ce signe est nettement perceptible au phonendoscope.

A. — VARIATION DE VOLUME DU MÉDIASTIN SUPÉRIEUR

A la radioscopie de face le médiastin supérieur, dont l'ombre continue en haut la projection cardio-aortique et se superpose en partie à l'ombre de la colonne vertébrale se trouve élargi dans beaucoup de cas de maladie de Basedow.

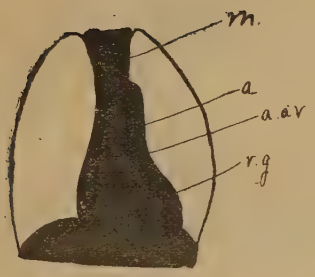
Il convient de se reporter aux planches représentant les schémas radioscopiques de face de malades non traités. Une rapide comparaison avec le schéma normal montre dans la plupart des cas un élargissement manifeste ; d'autre part si on regarde les trois planches n° on constate immédiatement que le médiastin supérieur a diminué considérablement de largeur au cours du traitement qui avait amélioré nettement les malades. La meilleure preuve qu'il s'agit bien d'une augmentation globale du volume du médiastin, c'est que la radioscopie oblique (le faisceau de Rayons X entrant par l'épaule gauche et sortant par la région pectorale droite) montre exactement la même chose : une dilatation encore plus manifeste du médiastin supérieur. La comparaison des schémas avant et après traitement ainsi que du schéma normal est tout à fait démonstrative.

Variation de volume de l'aorte

L'aorte est augmentée de diamètre d'une façon manifeste chez les basedowiens ; on constate un élargissement considérable de la projection de face. Mais pour se faire une idée exacte de l'augmentation de diamètre il faut s'adresser à la position oblique qui nous avait déjà donné de précieuses indications pour le médiastin supérieur. Reportons-nous aux schémas radioscopiques ; comparons l'aorte normale aux aortes basedowiennes, puis les aortes des malades avant et après traitement. Nous constatons par ces deux rapprochements que tous les schémas de malades montrent une dilatation quelquefois considérable de la crosse de l'aorte.

Fréquence de la dilatation de l'aorte chez les basedowiens

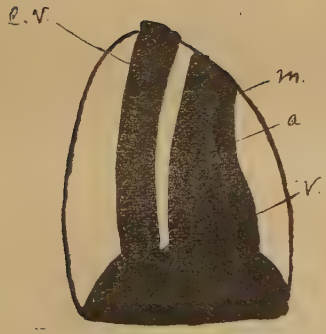
La dilatation de la crosse de l'aorte est constante chez les basedowiens, elle apparaît de très bonne heure ainsi que nous le verrons tout à l'heure à propos du signe de la bascule.



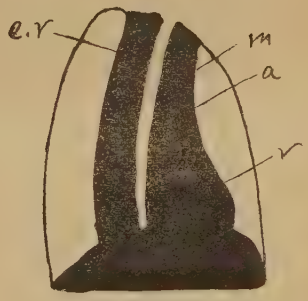
Avant traitement

Après traitement

CAS G.



Avant traitement



Après traitement

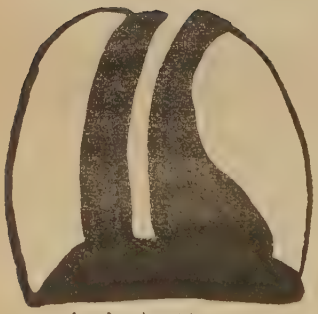
CAS G.

PLANCHE I

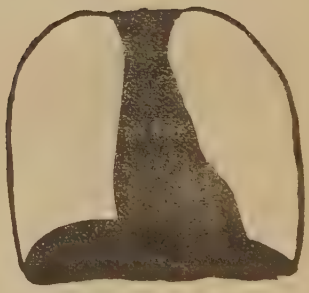
Avant traitement

Avant traitement

CAS A.



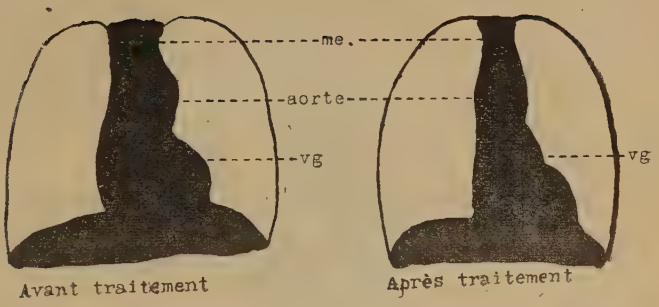
Après traitement



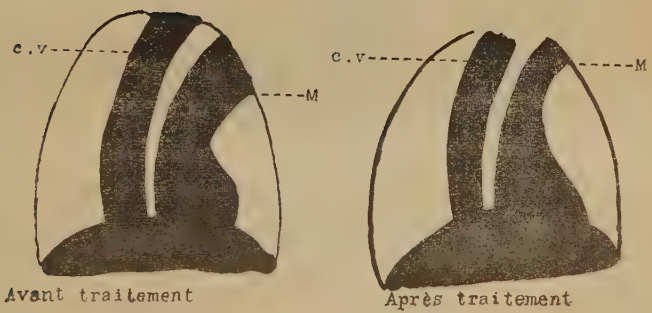
Après traitement

CAS A

PLANCHE II

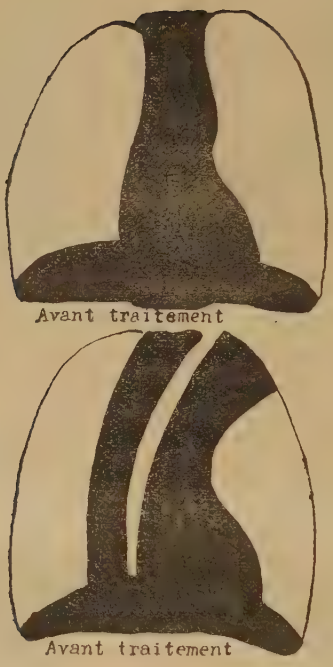


CAS H.



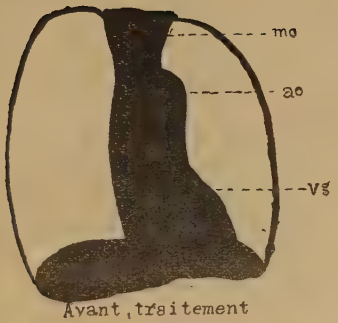
CAS H.

PLANCHE III



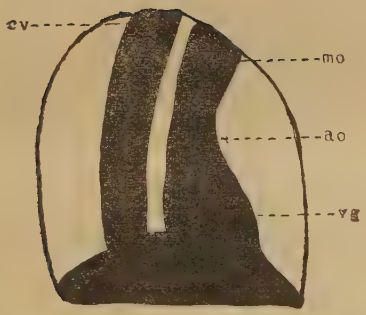
CAS M.

PLANCHE IV



Avant traitement

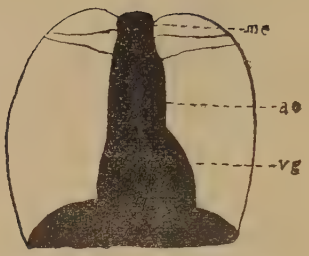
CAS J.



Avant traitement

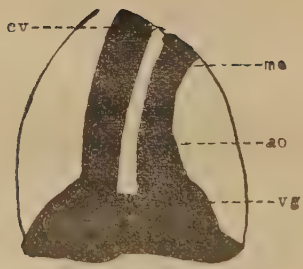
CAS J..

PLANCHE V



Avant traitement

CAS L.



Avant traitement

CAS L

PLANCHE VI

CAS L.O.

CAS L.A.

CAS F.L.

PLANCHE VII

Signe de la vague : *Caractéristique du cœur normal.*

Signe de la bascule : *Constant chez les basedowiens.*

Après avoir étudié les variations de volume, du médiastin supérieur, de l'aorte sous l'influence du goître exophtalmique, nous allons envisager quelques modifications fonctionnelles et décrire deux signes ; l'un est caractéristique du cœur normal ; l'autre, le signe de la bascule existe toujours chez les basedowiens.

Radioscopie du système cardio-aortique. — Face

Sur le côté gauche de l'ombre cardio-aortique il y a une encoche assez profonde limitée par le contour A O_1 O_2 V ; c'est ce contour qui est animé d'un mouvement analogue à celui que fait la surface de l'eau agitée par des vagues et qui constitue la systo-diastole « en vague ».

Recherche du signe de la vague

La radioscopie doit être faite quand le sujet est debout, appliqué contre l'écran. Il faut rétrécir le cône de Rayons X de façon à n'éclairer que le cercle A V marqué sur la figure n° 1 ; on voit alors la ligne courbe A O_1 O_2 V animée du mouvement de vague

dont les divers temps sont représentés dans les quatre schémas de la figure n° 2.

Le schéma 1 porte en trait plein A V la position moyenne ; cette position moyenne correspond au contour radiographique du contour de l'ombre cardio-vasculaire, en pointillé la position vraie du contour au moment de la systole ventriculaire : le ventricule O_2 V vient en O_2 V', par suite de sa diminution de

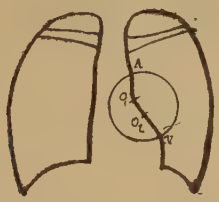


Fig. 1

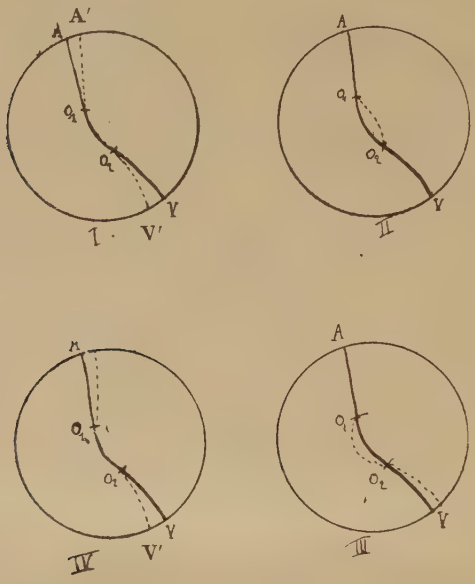
volume. Par contre l'aorte O_1 A augmente de volume au même moment et vient en O_1 A'.

Le schéma 2 montre que l'oreillette gauche O_1 O_2 se remplit de sang et son augmentation de volume est traduite par le fait que sa projection vient au trait pointillé. Ceci se passe très peu après la systole ventriculaire du schéma 1.

L'oreillette se contracte, le ventricule augmente de volume, le contour de leur ombre occupe la position marquée par le trait pointillé du schéma n° 3.

Le ventricule se contracte ensuite, diminue de volume, lance son sang dans l'aorte qu'il dilate ; le

contour de leur ombre occupe la situation marquée en pointillé sur le schéma 4 qui est identique au schéma 1 ; et ainsi de suite.



Signe de la vague

Fig. 2

Ces schémas font comprendre aisément le mécanisme du signe de la vague ; nous emploierons le même mode de représentation pour la description du signe de la bascule.

Radioscopie du système cardio-aortique basedowien
(de face)
Signe de la bascule

Le malade est debout, appliqué contre l'écran, un cône étroit de Rayons X dont l'axe est horizontal projette l'encoche gauche de l'ombre cardio-aortique dans le cercle A V (V. la fig. n° 3). Reprenons ce qui se passe dans le cercle A V à une plus grande échelle (V. la fig. n°) ; dans le schéma 1 la ligne en traits pleins représente la position moyenne du contour de l'ombre ; au moment de la systole ventriculaire la ligne O V vient en O V' ; la ligne O A vient en O A'. Ce mouvement est dû à la contraction ventriculaire qui chasse le sang dans l'aorte et la dilate.

Le schéma 2 montre la dilatation passive du ventricule qui se remplit de sang ; le contour de son ombre vient en O V'' tandis que l'aorte qui se vide amène la projection de son bord en O A''.

En réalité, tout se passe comme si, l'angle A O V tournait autour de son sommet d'un certain angle, d'abord dans le sens des aiguilles d'une montre ; puis revienne à sa position primitive et cela indéfiniment. Tandis que dans l'état normal, comme nous l'avons dit, l'angle A O V n'existe pas puisque l'oreillette gauche coupe et masque son sommet, et est remplacé par une ligne brisée A O_1 O_2 V qui est animée de l'ondulation « en vague » que nous avons décrite.

Signification du signe de la bascule. — Le signe de la bascule montre la dilatation de la portion originelle de la crosse de l'aorte ; en effet, la portion ascendante de la crosse de l'aorte étant dilatée

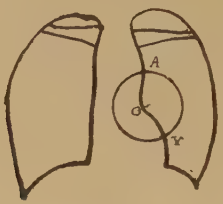


Fig. 3

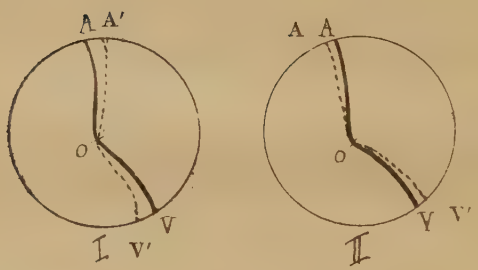


Fig. 4

masque entièrement l'oreillette gauche. Il résulte de ce fait que l'ombre ventriculaire continue directement l'ombre aortique sans intercalement de l'ombre auriculaire ; les deux ombres se raccordent au point O qui est le point autour duquel semble basculer l'angle A O V. Le signe de la bascule est d'autant

plus net que la tachycardie et les contractions du myocarde sont plus violentes.

Fréquence du signe de la bascule. — Chez tous les malades atteints d'une maladie de Basedow typique, nous avons constaté le signe de la bascule : il n'y a rien d'étonnant puisque chez ces malades la dilatation aortique est la règle.

Dans les formes frustes ce signe est encore très net car il existait chez tous les malades que nous avons examinés.

De plus, dans quelques cas mal définis où il était impossible de faire le diagnostic de Basedow, même très fruste, avec les moyens habituels, la constatation de ce signe fit affirmer le diagnostic qui fut confirmé par l'apparition progressive des symptômes classiques de la maladie.

Le signe de la bascule a donc une certaine importance en raison de sa fréquence et de son apparition tellement précoce qu'il devance la plupart des autres signes. Il sera toujours intéressant à rechercher chez les basedowiens typiques *mais surtout pourra servir dans le diagnostic des formes frustes.*

B. — DOUBLE SOUFFLE ANORMAL CAROTIDIEN

Un signe assez curieux est le double souffle carotidien, facilement perceptible au phonendoscope ; avant d'aborder son étude il s'impose une description complète de la technique qu'il faut employer et des bruits que l'on entend sur un sujet normal, dans la station debout et dans le décubitus horizontal.

Pour la recherche de ce signe il convient d'ausculter les carotides et les sous-clavières et de comparer les souffles entendus quand le sujet est debout puis couché.

Les pages suivantes contiendront deux chapitres :

a) Auscultation des carotides, le sujet étant debout puis couché ;

b) Auscultation des sous-clavières, le sujet étant debout puis couché.

Après la description des phénomènes constatables chez un sujet sain, l'étude des bruits pathologiques sera faite sur le même plan, en deux chapitres :

a) Carotides du malade debout puis couché ;

b) Sous-clavières du malade debout puis couché.

Auscultation des carotides d'un sujet normal

1° *Le malade est debout*, la tête droite, les muscles de la région antérieure du cou sont relâchés. Le toucher digital permet de repérer et d'immobiliser une carotide ; on applique sur celle-ci le petit pavillon du phonendoscope après avoir mis dans ses oreilles les embouts spéciaux réunis au corps de l'appareil par deux tuyaux de caoutchouc, le pavillon de phonendoscope doit être d'abord posé sans pression sur la peau qui recouvre la carotide ; à ce moment l'observateur ne perçoit que les battements systoliques du cœur. Quand le pavillon déprime à peine la paroi carotidienne, le bruit cardiaque systolique n'est plus perçu, il est remplacé par un souffle systolique très fort, râpeux. En augmentant la pression sur le vaisseau, l'intensité et le timbre ne font qu'augmenter, le souffle passe par un maximum puis décroît pour disparaître, quand la lumière de l'artère est réduite à zéro ; à ce moment, l'observateur ne perçoit plus que le bruit systolique de la contraction cardiaque propagé avec une intensité beaucoup plus grande que quand le pavillon était simplement appliqué sur la peau du cou. L'auscultation de la carotide gauche donne les mêmes résultats, c'est-à-dire un souffle systolique dur, râpeux très fort.

2° *Le malade est couché* horizontalement dans le décubitus dorsal, la tête au même niveau que le corps.

Les mêmes manœuvres doivent être pratiquées : repérage d'une carotide, immobilisation puis application du petit pavillon du phonendoscope. Le pavillon doit être d'abord appliqué sans aucune pression, puis la pression doit augmenter progressivement jusqu'à l'oblitération du vaisseau. L'observateur perçoit exactement les mêmes bruits qui sont produits dans les mêmes conditions que quand le malade est debout ; tout d'abord, l'observateur ne perçoit que la systole cardiaque, puis il entend un souffle systolique rude, suivi d'un silence diastolique. Le souffle systolique diminue ensuite d'intensité et disparaît laissant à nouveau entendre la systole cardiaque.

En résumé, l'auscultation des carotides donne toujours, chez un sujet normal, le même résultat que celui-ci soit couché ou debout : un souffle systolique rude suivi d'un silence diastolique.

Auscultation des sous-clavières d'un sujet normal

1° *Le sujet est debout.* — Les battements de la sous-clavière, chez les sujets maigres, sont visibles dans l'espace delto-pectoral ; en tout cas si le sujet est trop adipeux la palpation permet de reconnaître le point où l'artère est le plus près des téguments et où on a le plus de chances en appuyant le petit pavillon du phonendoscope de déprimer suffisamment la paroi du vaisseau pour faire naître des

souffles dus au rétrécissement artificiel de la lumière de la sous-clavière.

Le point de la peau le plus rapproché de la sous-clavière étant déterminé, on y applique, sans exercer aucune pression, l'extrémité du phonendoscope: l'observateur ne perçoit alors que la systole cardiaque et les autres bruits valvulaires plus ou moins bien transmis. On augmente progressivement la pression et, à un certain moment, l'observateur perçoit un souffle systolique d'abord très doux et peu intense. L'intensité de ce souffle augmente en même temps qu'il devient plus rude, puis la pression sur la paroi vasculaire s'accroissant encore, le souffle atteint un certain maximum qu'il ne dépasse plus.

On ne peut pas arriver en appuyant plus fortement sur le phonendoscope à faire disparaître ce souffle systolique car l'artère sous-clavière, au contraire de la carotide, ne repose pas sur des plans profonds résistants, mais est noyée dans le tissu cellulaire du creux de l'aisselle qui est mou et dépressible, de sorte que l'artère fuit sous la pression, et qu'il est impossible de l'aplatir suffisamment pour arrêter le courant sanguin.

En résumé, la dépression de la paroi de l'artère sous-clavière d'un sujet normal fait naître un souffle systolique, suivi d'un silence diastolique de la même façon que pour la carotide, les différences que l'on constate à propos de l'extinction du souffle ne sont dues qu'aux différences des rapports anatomiques.

2° *Le sujet est couché.* — Le point des téguments

le plus proche de l'artère est déterminé par la palpation ou l'inspection à jour frisant quand le malade est dans le décubitus horizontal ; le phonendoscope est appliqué à ce point et on cherche l'inclinaison convenable à lui donner pour faire naître des bruits dus à la compression de l'artère. On fait varier la pression sur le vaisseau en pressant plus ou moins fort sur l'appareil et on entend alors un souffle systolique suivi d'un silence diastolique, exactement dans les mêmes conditions que quand le malade était debout. Le décubitus horizontal ne modifie donc pas les résultats de l'auscultation pour la carotide et la sous-clavière ; nous allons voir dans les chapitres suivants qu'il en est autrement chez les basedowiens.

Auscultation des carotides d'un basedowien

1° *Le malade est debout.* — L'auscultation des carotides d'un basedowien se fait avec la même technique qui a été décrite précédemment ; on comprime la carotide entre le phonendoscope et les plans prévertébraux qui sont résistants.

L'observateur entend alors un souffle systolique beaucoup plus rude qu'à l'état normal, mais le silence diastolique normal est remplacé par un souffle qui continue le premier sans interruption et est un peu moins rude. Quelquefois les deux souffles sont séparés par un silence très court.

Ce sont ces deux souffles qui constituent le double

souffle anormal carotidien ; nous verrons tout à l'heure pourquoi nous pouvons dire que ce double souffle est anormal.

2° *Le malade est couché.* — Le malade doit être dans le décubitus horizontal ; la technique d'auscultation est la même que précédemment. Quand le pavillon est appliqué sans aucune pression on entend les bruits cardiaques ; en appuyant progressivement en entend un souffle systolique assez dur, qui présente les mêmes modifications que le souffle chez un sujet normal et chez le même basedowien debout.

Le souffle diastolique constaté sur le malade debout n'existe plus, il est remplacé par un silence complet identique au silence diastolique qui existe chez le sujet normal debout ou couché.

En faisant varier l'aplatissement de la carotide jusqu'à l'arrêt du courant sanguin le souffle systolique croît d'abord en même temps que la pression, atteint un certain maximum puis décroît et finit par disparaître. A ce moment on ne perçoit plus que les bruits de la contraction cardiaque.

Le changement de position a donc amené une disparition totale du souffle diastolique carotidien ; nous allons étudier ce qui se passe pour les sous-clavières d'un basedowien ausculté debout puis couché.

Auscultation des sous-clavières d'un basedowien

1° *Le malade est debout.* — L'auscultation des sous-clavières donne exactement les mêmes résultats

décrits à propos du sujet normal. On entend un souffle systolique suivi d'un silence diastolique ; le souffle est un peu plus rude et plus violent qu'à l'état normal. En variant l'inclination du phonendoscope et la pression sur l'artère, il est impossible de faire apparaître un souffle diastolique.

2° *Le malade est couché.* — Le souffle systolique se fait entendre avec les mêmes constantes que précédemment, quand le malade était debout. Le silence diastolique ne varie pas non plus.

Contrairement à ce qui s'est passé pour la caroride le changement de position n'a amené aucune modification dans les bruits produits par la compression de la sous-clavière.

Comment le double souffle anormal carotidien se comporte-t-il au cours d'un traitement agissant réellement sur la maladie ?

Ce signe est très fugitif, sous l'influence d'un traitement radiothérapique, d'une cure de repos absolu il disparaît en quelques jours. Chez un malade ayant un très gros goître exophtalmique à évolution rapide nous avons vu le souffle diastolique carotidien disparaître entièrement en six jours sous l'influence d'une seule séance de Rayons X. Chez d'autres malades nous avons constaté sa disparition en des temps variant de six à quinze jours, mais dans tous les cas où nous avons constaté ce signe nous avons

pu le faire disparaître rapidement par un traitement approprié.

Quand ce signe a disparu peut-il réapparaître sous une influence quelconque ?

Nous avons observé plusieurs malades ayant un souffle carotidien très net qui disparut très rapidement sous l'influence d'un traitement radiothérapique améliorant tous les symptômes basedowiens. Le traitement fut interrompu accidentellement pendant un temps suffisamment long pour permettre un retour offensif de la maladie, le souffle anormal réapparut aussi intense qu'auparavant. Il disparut d'ailleurs aussi rapidement que la première fois.

Fréquence du double souffle anormal carotidien

La fréquence de ce signe chez les malades qui viennent à la consultation est assez faible ; on en trouve à peine deux sur dix qui l'ont nettement.

Cependant, en tenant compte de la fugacité de ce signe il importe de le rechercher soigneusement. Il faut pour cela se trouver en présence de malades chez qui il y a eu abstention complète de tout traitement ; au bout d'un temps variable il est bien rare de ne pas constater l'apparition d'un double souffle anormal carotidien en même temps que les symptômes basedowiens augmentent d'intensité.

Quelle est la fréquence exacte de ce signe ? Nous ne savons pas au juste pour le moment ; il nous

semble qu'il est possible de le provoquer chez tous les basedowiens ayant un gros goître. Nous ne saurions donner d'affirmation, mais nous espérons que l'examen des nombreux malades que nous observons en ce moment nous renseignera sur les conditions dans lesquelles on peut espérer trouver ce signe, et sur sa fréquence.

Signification de ce signe du double souffle anormal carotidien

1° *Le souffle n'est pas dû à une lésion valvulaire organique.* — Si le souffle était dû à une lésion des valvules cardiaques on l'entendrait également dans la carotide et la sous-clavière. Or, l'auscultation la plus soigneuse des sous-clavières ne permet pas de déceler le moindre souffle diastolique alors que l'application légère du phonendoscope sur la carotide fait entendre un souffle violent et rude.

2° *Le souffle n'est pas dû à une lésion fonctionnelle valvulaire.* — Si le souffle était dû à une insuffisance fonctionnelle des valvules aortiques, dans la station debout, insuffisance due à l'action de la pesanteur, il y aurait vraisemblablement une différence entre le côté droit et le côté gauche à cause des différences anatomiques. En effet, la carotide droite résulte de la bifurcation du tronc artériel brachio-céphalique droit qui continue presque verticalement la portion ascendante de la crosse de l'aorte ; la carotide primi-

tive gauche natt de la portion horizontale de la crosse aortique, à angle droit. Depuis les valvules aortiques jusqu'au niveau du thyroïde le courant sanguin droit suit un chemin rectiligne tandis que à gauche le chemin est en zig-zag avec deux angles droits ; il devrait donc y avoir une différence de vitesse entre les deux côtés, avec une diminution à gauche d'autant plus notable que la vitesse initiale est plus faible et qu'il s'agit du courant sanguin rétrograde. Le souffle à droite devrait donc être plus fort qu'à gauche ; à l'auscultation comparative des deux carotides on ne constate aucune différence appréciable, par conséquent il ne semble pas que la cause de bruit diastolique carotidien soit une insuffisance fonctionnelle des valvules aortiques.

D'autre part,si le tronc artériel brachio-céphalique droit était le siège d'un courant sanguin rétrograde dû à une insuffisance valvulaire, on ne voit pas comment ce reflux se produirait uniquement dans une des branches de bifurcation, la carotide, et que l'autre branche, la sous-clavière (communiquant largement avec l'autre, sans valvules) ne serait pas soumise à cette ondée de retour. Si donc le souffle carotidien diastolique était dû à une insuffiance valvulaire, il devrait logiquement y avoir un souffle diastolique dans la sous-clavière tout au moins à droite ; or cela n'est pas, et cette absence de bruit dans la sous-clavière confirme notre hypothèse.

Ce souffle carotidien diastolique est donc produit par une cause qui nous échappe, mais qui n'est cer-

tainement pas une lésion des valvules aortiques. Le siège de la cause de ce souffle est probablement dans la carotide elle-même.

En résumé, le double souffle anormal carotidien est un signe qui n'avait pas encore été décrit. Sa recherche est très facile et comme il paraît lié à l'accroissement rapide du goitre, disparaissant quand celui-ci diminue, il mérite d'être étudié plus complètement ; dans un prochain mémoire, nous espérons pouvoir donner des précisions sur sa cause et son importance au point de vue diagnostic et pronostic.

CONCLUSIONS

1° La crosse de l'aorte est toujours dilatée au début de la maladie de Basedow ; la dilatation porte sur la portion originelle et est très facilement visible à la radioscopie (signe de la bascule) ;

2° Le médiastin supérieur est augmenté de volume dans le sens transversal et le sens antéro-postérieur;

3° Les carotides auscultées avec un petit pavillon de phonendoscope font entendre deux souffles, un souffle systolique, un souffle diastolique quand le malade est debout.

Vu : le Président de la thèse,
PIERRE MARIE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

E. Folley

Imp. de la Faculté de Méd. JOUVE et Cie 15 rue Racine Paris — 3120-16